

令和4年度第1回岡山県急性心筋梗塞等医療連携体制検討会議 議事概要

日時：令和4年7月26日（火）18:00～19:10

場所：WEB会議（Zoom）

【議題】

- （1） 心血管疾患対策に係る令和3年度活動実績及び令和4年度活動計画案について
- （2） 心血管疾患の医療連携体制を担う医療機関における診療状況調査について
- （3） 岡山県循環器病対策推進計画の進捗状況について
- （4） その他

<発言要旨>

○会長

先生方、お暑い中、ご参集いただきありがとうございます。

国の循環器対策基本法ができ、岡山県でも令和4年3月に循環器病対策推進計画（以下、「循環器病計画」という。）が策定されたが、県では計画策定前から全県統一でこのようなことに取り組んでいた。取り組みをさらに充実したものにしていくためにこの会議を実施しているが、本日は、用意されている議題3つに加え、次の展開をどうしていくのかということも話合いたいと思う。

それでは、式次第に従って進めさせていただきます。

議題（1）、心血管疾患対策に係る令和3年度活動実績及び令和4年度活動計画案について、事務局から報告をお願いします。

○事務局

資料1をご準備いただきたい。

<令和3年度の活動実績報告>

心筋梗塞等医療対策では、令和3年6月26日に、検討会議を開催後、伊藤先生に協力いただきラジオ対談等の広報活動や、委員の皆様に協力いただき「安心ハート手帳 心不全版」（以下、「ハート手帳」という。）の改訂を中心に行った。

大動脈緊急症対策では、令和3年11月8日に大動脈解離に関する部会を開催し、大動脈緊急症診療体制を検討し、2ページのとおり決定した5つの拠点病院・2つの準拠点病院について、県内病院等関係医療機関・消防本部等の関係団体へ通知し周知を図った。さらに、令和3年6月に開催した本検討会議において、救急隊員への大動脈緊急症についての研修会の開催について提案があり、県救急搬送体制連絡協議会メディカルコントロールワーキンググループで説明し、各地域メディカルコントロール協議会から希望があれば、令和4年度に研修会を開催するということで合意形成を図った。

<令和4年度の活動計画案>

1番の心筋梗塞等医療対策では、県民向け各種広報媒体へ応募し、8月10日・9月29日のハートの日を中心に、心疾患に関する正しい知識の周知等の広報活動を

行いたい。県民向けのラジオやテレビ等の広報は抽選となるため、効果的な広報方法や、広報活動に関する意見や提案をいただきたい。

2番の大動脈緊急症対策では、部会の開催及び地域メディカルコントロール協議会と連携し研修会の開催を予定している。県南東部地域では、6月9日に岡山大学病院心臓血管外科 迫田医師による研修会を開催した。質疑応答も活発に行われ、参加者からとても好評だったと聞いている。

○会長

循環器病対策基本法ができ、大動脈緊急症に関しても拠点病院・準拠点病院を明確化したので、患者をできるだけ早くこれらの病院に搬送してもらうため、救急隊員に大動脈緊急症を疑うポイントをレクチャーする研修会の開催を提案した。色々なことが前に進んできたと思う。

続いて、議題(2)、心血管疾患の医療連携体制を担う医療機関における診療状況調査について事務局から報告をお願いする。

○事務局

資料2をご準備いただきたい。

1ページは、調査の概要である。令和3年1月1日から、12月31日までの年間調査を、令和4年4月から5月にかけて実施した。回収率は、急性期病院は、100%、回復期・再発予防・かかりつけ機能を担う医療機関は、90.9%だった。

2ページ、ハート手帳の利用届出機関数の状況であるが、R4年4月1日時点で、289機関となっている。

3ページ目からは、急性期病院の調査結果である。1番は、疾患別の新規入院患者数で、経年的な変化はグラフをご覧ください。

2番からは地域医療連携パスの状況である。入院患者のうちパスの適応症例は100%である。

4ページの3番は、パス適応症例患者への交付状況である。13医療機関中、12医療機関が一部患者に交付しており、その理由として「患者の理解が得られなかった。」が6医療機関と最も多く、「多忙、院内周知が図られていなかった。」という回答もあった。自由記載の内容は、先ほどの選択項目と重複する部分もあるが、「他病棟に入院した患者の把握ができていない、心不全学会の手帳を使用している、患者を選定して交付した。」等があげられていた。4番のパス交付患者数は、1902人である。経年の交付患者数及びパスの種類はグラフをご覧ください。

5ページの5番は、入院患者への専門的治療状況である。経年変化はグラフをご覧ください。④新規ペースメーカー植え込み及び⑤新規心大血管疾患リハビリテーションの実施人数が今年度は顕著に増加している。6番、地域連携診療計画加算の算定件数は、467件である。昨年度から減少した理由としては、コロナの影響で加算に必要な連携会議を開催できなかったことも要因と聞いている。7番、ハート手帳をはじめとする医療連携ツールの改善に向けての自由記載には、「患者の不携帯の予防をどうするかが課題、記入場所を大きくしてほしい、加算に必要な連携会議を開催できなかった。」という意見があった。急性期医療機関の結果は以上である。

○会長

1番の入院患者数の推移をみると、全国と同様の傾向である。心筋梗塞と大動脈解離は増えていないが、心不全は顕著に増えている。高齢化により、心筋梗塞が増えると思われていたが、色々な予防が進んだこともあり増えないという傾向は間違いないようだ。それに対して顕著に増加しているのが、心不全の再入院患者数である。我々の推計では、今後心不全の再入院患者数は50%以上増加し、その3分の1は認知症を併発する高齢心不全患者となる。すべての患者を急性期病院で診ていくのは不可能なので、ここに対する対策が極めて重要になる。岡山県全体で多職種が連携して、心不全の再入院患者数の増加をどのように抑えていくかを検討しなければならない。

次に、パスの項目についてであるが、地域連携をしている病院としていない病院の差が今なおあるため、次のステップでどうしていくかを考えていかなければ

ならない。

5番の専門的治療等実施状況であるが、①PCIは増えない。その代わりに⑤心大血管疾患リハビリテーションは増やしていかなければならない。全国の急性期病院のリハビリテーション実施率は20%をきっているの、岡山県の急性期病院は、全国的にみてもリハビリテーションをよくやっている。しかし、県内の回復期病院におけるリハビリテーションは乏しい状況であり、今後の課題のひとつである。

6番の地域連携診療計画加算とは、かかりつけ医に地域連携パスを使用して患者を送り出すと加算がとれる仕組みである。よく頑張っているが、伸び悩んでいる。ハート手帳の存在が、かかりつけ医に浸透していないことが、再入院予防を考える上で大きな課題となるため、次の展開を考えなければならぬと思う。以上が、私なりの解釈である。この項目に関するご質問・ご意見はいかがか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

続いて、回復期・再発予防・かかりつけ医療機関の調査結果について事務局から報告をお願いします。

○事務局

5ページをご覧ください。

1番は、入院及び外来患者への指導状況である。すべての項目について、実施人数が大幅に増加しているが、部の病院の実施人数が多かったことが影響している。

2番、地域医療連携パスを持参した患者数は、例年と大きな変化はなく、持参したが63施設27.4%、持参しなかったが144施設62.6%という結果である。

3番は、2番でパスを持参した患者の紹介元医療機関を多い順で列挙している。

6ページ目の4番は、パスをはじめとする医療連携ツールの改善に向けた自由記載の内容である。「手帳持参の徹底が図られない等の患者側の管理に関する事、パスの運用方法の周知に関する事、フィードバックできる媒体や方法、インデックスがあるとよい。」等の意見があった。

回復期等の医療機関の調査結果は以上である。

○会長

継続的にハート手帳のプロモートを行い、システムとして運用できるようしているところである。しかしながら、「患者が手帳を持ってこなくなる。実際30%も持ってきたという施設がない。結局は、手帳を書いたとしても、それをフィードバックできない。」という点が次のステップを検討すべき課題ではないかと思う。3番の表を見ると、パスを持参した患者数は、地域連携が非常にしっかりしている倉敷中央病院さんが非常に多く、ほかのところは非常に少ない。しばらく実施施設で診ているということもあるが、地域の医療機関へ患者をお願いする時は手帳を作っていく必要があるの、ぜひ実施施設で診る時も手帳を活用していただきたい。この点も大きな問題でなかなか手帳が広がらない。これらのことに関して、先生方からいかがか。

○委員

当院では、頻りに県にハート手帳の追加注文をしながら患者への配布はしているが、表3のような結果となっている。配布はするが、患者が活用できていない点について、運用上の工夫ができればよいと反省を込めて思う。

○会長

各施設の急性期病院の状況を伺いたい。

○委員

当院でもハート手帳を配布している。しかし、最近、超高齢心不全の方が増え、理解が得られにくいことも多く、なかなか結果につなげていないように思う。もう一点は、コロナ禍で連携施設とのフェイストウフェイスの共有ができない部分も大きな課題である。超高齢の患者さんについて、開業医さんとの連携が取りづらい点に正直困っている。

○委員

当院も同様に高齢の方が多。若い方は、ハート手帳を渡すと継続的に自己管理してもらえ、高齢になると難しい。高齢の方がすごく増えてきているのが難しくなっている大きな原因かと思う。

○委員 習慣づけるという意味では、入院中にリハビリチームの医師以外が指導する時に測定値の記入や、記入を継続することの重要性を患者さんに認識してもらうことや、地域に送り出す時に、1回は外来リハビリに通ってもらい、そこで手帳の活用についてチェックをすることが重要ではないか。入院した人が外来リハビリにどの程度通っているかという部分にも関係があると思う。地域に送り出したまま、次のフォローアップまで関わらないと、患者がハート手帳について忘れてしまうことはあると思う。外来リハビリに来てもらい、都度、記録内容の確認をしたり医療機関に持参する動機付けを行うことは、急性期病院として関与できる部分だと思う。

○委員 できるだけ皆さんには配っているが、全体数から考えると十分に使ってもらえていない部分があると思う。他の先生方からのご意見にもあった超高齢の方というのは難しい部分があると思う。例えば心筋梗塞の場合には、地域へ送り出した後に再度来院してもらうことは少ないかもしれないが、心不全の患者さんは、例えば1か月後とか3か月後に来院してもらい、その時に手帳を持ってきてもらうように習慣づけて、それを展開していくような形がより良いのかもしれない。しかし、実質的には、高齢・超高齢の方々には活用してもらいにくいという問題があるので、難しい部分である。

○会長 今非常に大事なことを指摘していただいた。退院後できるだけ早期に外来へ来てもらうことは推奨されてる。家の暮らしで良いのか、破綻していないかの確認は、2か月後では遅いので1週間後にする必要がある。また、受診時に、手帳を持参してもらうのは、一つの習慣づけである。皆さんが指摘してる手帳を活用できない超高齢者の再入院が今後増加することが課題であり、この点をどうするかということが今後非常に重要な項目である。他にはよろしいか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

続いて、議題（3）、岡山県循環器病対策推進計画の進捗状況について事務局から願います。

○事務局 資料の中身の説明に入る前に、改めて、簡単に計画の紹介をさせていただきます。岡山県循環器病計画は、昨年度、この検討会議の場でも策定の概要を説明したが、昨年度設置した岡山県循環器病対策推進協議会を3回開催し、令和4年3月に策定したものである。

委員の皆様には、3月末に郵送で計画策定のお知らせをしたが、今回、改めて参考資料として添付している。

参考資料の計画の2ページをご覧ください。「（2）計画の位置づけ」だが、この計画は、法第11条第1項の規定による法定計画であり、国の基本計画を基本とし、本県における循環器病の予防に関する状況や、循環器病患者等に対する保健、医療及び福祉に係るサービスの提供に関する状況、循環器病に関する研究の進展等を踏まえるとともに、第8次岡山県保健医療計画、第2次健康おかやま21セカンドステージ等の諸計画との整合性を図り策定するものである。

また、その下の「2基本方針」で、循環器病の予防や正しい知識の普及啓発、保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実を図ること等により、「平均寿命の延伸を上回る健康寿命の延伸」及び「循環器病の年齢調整死亡率の減少」を目指すこととしている。

その後ろからの各施策は後ほどご覧いただきたいが、30ページの一番下、5の（2）「評価の実施」をご覧ください。本計画の進捗状況については、岡山県脳卒中連携体制検討会議及び岡山県急性心筋梗塞等医療連携体制検討会議において報告、評価を行うこととされている。その次の31ページ、32ページで主な分野ごとに16項目の数値目標を設定している。

前置きが長くなったが、今回の進捗状況の報告内容が、お配りしている資料3になる。現在は、計画初年度の途中であり、計画に対する数値目標の実績等が策定時から更新されていないものも多いが、現状の数値と、参考に（計画前の）昨

年度の主な取組や今後の取組について、併せて報告させていただく。

まず、「1趣旨」は先ほどご説明したので、省略する。

「2数値目標」であるが、まず「基本方針に係る指標」について、一番上の健康寿命に係る項目は、健康寿命、平均寿命ともに、計画策定時から公表数値に変更はない。現状では、健康寿命と平均寿命の差は、男性で9.49歳、女性で12.57歳なので、今後この期間を縮めていこうというものである。

また、疾患ごとの年齢調整死亡率であるが、計画策定時の数値は、厚生労働省が5年に一度公表する都道府県別の年齢調整死亡率の最新の平成27年の数値である。次回の数値は、27年の5年後の令和2年数値であるが、公表時期は今のところ令和5年12月頃と聞いているので、現状値は、前年の各疾患の死亡者数等をもとに、県で毎年推計する数値を掲載している。

おおむね減少傾向だが、急性心筋梗塞の女性の死亡率が少し高めに出ている。

2ページ目は、予防に係る各指標であるが、各項目とも計画策定時から数値の更新はない。こちらについては、「2主な取組」「3今後の取組」についても載せているが、3月の計画策定のため、今回については、参考として、令和3年度の取組を載せている。3ページの「3今後の取組」であるが、第2次健康おかやま21セカンドステージの内容に基づき、循環器病を含めた生活習慣病の予防、生活習慣の改善に取り組む。

また、保険者等と連携し、特定保健指導実施者の人材育成、受診しやすい環境づくりを進める等する。

その下の「循環器病の医療に係る指標」についてであるが、脳梗塞のt-PA療法の実施割合は令和3年度分の実績がまだ出ていないが、心筋梗塞に係る指標については、今回の検討会議の事前の調査で実績数値が出たので、現状値を更新している。

数値に対する今後の取組については、次のページの②で、医療連携パスのかかりつけ医療機関での利用件数が伸び悩んでいるため、今後の取組でも普及に努めいくこととしている。また、大動脈解離に関する部会について、メディカルコントロール協議会等の関係機関と連携し、救急隊員を対象とした勉強会を開催するなど、連携体制整備を進めることとしている。今年度は、既に1度、6月に県南東部の救急隊員を対象に開催した。駆け足になったが、進捗状況等については以上である。

○会長 1ページ 基本方針に係る指標の中の脳梗塞の年齢調整死亡率が、下がってきているのか。

○事務局 ○下がってきている。

○会長 数値上、脳卒中はうまくいってるように見える。心疾患の年齢調整死亡率は少し下がったが、心筋梗塞は下がってないため、心疾患対策をいろいろ頑張っている、ちゃんとやっているのかと言われてしまう。このようなデータから、そのように見えてしまうと感じた。

最後の方にメディカルコントロール協議会というのが出てきたが、これは、救急患者さんの搬送にとって非常に大事な会である。先日、日本循環器学会からその協議会に循環器系の先生が入っているかというアンケートが来て、岡山県の状況を調べてもらったところ、いわゆる病院長が入っていた。アンケート結果から循環器系の人々が循環器の代表として入っていない県が多数ということが分かった。メディカルコントロールで急性期の医療をしっかりとすると、こういう点も考えていかなければいけない。

2ページで運動や食事について出てきたが、これらはしっかりと啓蒙していかなければいけないが、啓蒙方法については大きな課題である。この仕組みをどうやって作るかを今後我々が考えていかなければならない。県からの説明に関してご質問いかがか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

循環器病計画は、まだ始まったばかりと手をこまねいては何も進まないの
で、これを具体的なものとするためにはどうするかという仕組みを考えていかな
ければいけないと思う。

○委員

先ほど心筋梗塞等の死亡率の数値が出たが、岡山県の地域ごとで算出すると県
北は割と高く出る。他の施設もそうかもしれないが、病着時に心肺停止の状態
で亡くなっていたような症例では、意外と心筋梗塞という診断がつけられること
がある。心筋梗塞と診断された症例の中には、ほとんど循環器が関わっていない患者
さんもいる。中には、本当に心筋梗塞で亡くなった方もおられるだろうが、この
ような傾向はあると思う。

○会長

先生の指摘はごもっともである。以前も話したと思うが、東京都CCUネット
ワークで、心筋梗塞の死亡率が8%未満であった同時期の山形県の死亡率は約
20%だった。山形県は、救急体制が悪く駄目だという話になったが、死亡率が高
いのは、先ほど先生が話された理由と同じだった。重症例は運んですら来ない、
途中で心筋梗塞の診断がついて運ぶ前に亡くなっているというケースがある。東
京の場合は、搬送された患者さんでとらえた数が8%未満であるが、山形県は、
発症時期から全数の計上をしていた。脳卒中の場合、亡くなった方に脳卒中とい
う診断をつけることはないの、心筋梗塞では、大分バイアスがかかっていると思
う。

つまり、以前、JROAD（日本循環器学会）が行ったアンケートの心筋梗塞
の患者数と岡山県の心筋梗塞の患者数が10倍違っていたという話と同じであ
る。何が正解なのかということになるが、急性期病院は自分たちの世界から見て
いるため、それ以外にどんな世界が広がっているかよく分かってない。それをト
ータルで減らしていくのはなかなかハードルが高いのかもしれないが、我々はこの
点も知りながら、それでも何とかやっていくしかない。そこで、心不全入院
は、何とかしなければならぬと思う。ほかにいかがか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

続いて、議題(4)その他に移る。私から共有させていただくスライドの中で2
つの話をする。

1つ目は、日本循環器協会の紹介である。今まで日本循環器学会は学会と財団
はあったが、協会を持っていなかった。この度、協会を作り一般人向けの啓発活
動を積極的できる仕組みが整った。8月10日が健康ハートの日ということで、7月
28日から8月11日、小学生と高校生向けのイベントを行う。今後この協会をいろ
んなシチュエーションで活用していただければと思う。先生方の病院で日本循環器
協会の後ろ盾で、主催・共催が欲しいということであれば対応可能である。

2つ目は、今後の我々のターゲットである心不全患者さんに、自己管理をどれ
だけ徹底してやってもらうかということについての提案である。慢性心不全患者
さんの治療は、医療機関に頻回に受診し、複雑な処方を守り、症状に応じた処方
や生活習慣（食事・運動）の変化に対応しなければならないため、非常にハード
ルが高い。このため、特に高齢の慢性心不全の患者さんが、治療を継続（自己管
理・セルフケア）することは非常に難しい。また、患者さんや介護士は、教育や
サポートがなければ、適切な対応をすることができないため、急性期病院では心
不全チームが立ち上がり、看護師・理学療法士・薬剤師が積極的に関わり、具
体的な指導をするように言われている。実際、心不全入院の5分の1が、不適切な
セルフケアによるものなので、自己管理能力の向上は1年後の再入院の確率を
40%、それ以上に減少させる可能性がある。そこで、大阪や他県で運用されて
いるハートノートを参考にして、自覚症状に合わせた採点と採点結果に応じた患
者の行動パターンを整理したツールを追加で作成し、退院までに看護師・薬剤師・
理学療法士が患者教育を行い、かかりつけ医と協力しながら運用できるシステム
を考えていくことを提案したい。

○委員

かかりつけ医の先生が対応できる体制づくりの検討等、何段階か踏んでいく必

要があるのではないか。既に取り組んでいる医療機関の先生のご意見をききながら進めるとよいのではないか。現在使用しているハート手帳に挟み込めるものを作成して運用してはどうか。地域の医療機関に従事するメディカルスタッフや福祉職員にも協力してもらうことで、超高齢心不全患者をサポートできるのではないか。脳血管疾患のように、医療機能を明確にする等の工夫ができると、病院間の役割が可視化しやすいのではないか。等の意見が出た。

○会長

今回の提案は、あくまでアイデアの段階なので、もし実行したらよいということであれば何人かで集まって協議をして、委員の先生方にご掲示しながら進めていきたいと思う。

以上